

达州市劳动能力鉴定委员会
因病（非因工）劳动能力鉴定告知书

亲爱的朋友：

对您受到的伤害我们致以诚挚的慰问，我们将竭诚为您服务，祝您早日康复！为使您顺利进行劳动能力鉴定，请仔细阅读以下提示。如有困难或问题，请拨打咨询电话 0818-3322253、0818-3322255。本委员会未委托任何个人或法律工作者代理业务，请提高警惕！

一、申请鉴定。1.申请鉴定在养老保险关系所在地人社局进行申报。2.申请人所提供的资料应全面真实；所有提交资料不予退还，请自行备份保存。

二、参加鉴定。1.被鉴定人须携带身份证及相关病历资料在规定时间内到达指定地点。2.鉴定费用按规定收取：初次鉴定 300 元/次、复查鉴定 400 元/次。3.被鉴定人有下列情形之一的，当次鉴定终止：（1）无正当理由不参加现场鉴定的；（2）因正当理由不能按时参加鉴定，经调整鉴定时间后，仍不能按时参加鉴定的；（3）拒不参加劳动能力鉴定委员会安排的检查和诊断的；（4）在鉴定过程中弄虚作假或不配合医学检查导致不能真实反映伤病情况的；（5）其他原因导致鉴定不能进行的。

三、领取结论。由县（市、区）人社局认定工伤的，在当地人社局领取；由市人社局认定工伤的，在市人社局窗口领取。

四、法律责任。以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取鉴定结论、领取工伤保险待遇的，按照相关法律规定，由人力资源社会保障行政部门责令退回骗取的社会保险金，处骗取金额 2 倍以上、5 倍以下的罚款。

申请人签字：
年 月 日

达州市劳动能力鉴定委员会
因病（非因工）劳动能力鉴定申请材料清单
2024 年版

申请鉴定人姓名： 资料报送县（市、区）：

- | | |
|---|-----|
| 一、因病（非因工）丧失劳动能力鉴定申请表 | 1 份 |
| 二、被鉴定人身份证及复印件（被鉴定人如有精神、智能障碍，还需监护人身份证复印件并签字认可） | 1 份 |
| 三、因病（非因工）丧失劳动能力鉴定（结论）表 | 1 份 |
| 四、医学材料（须盖医院鲜章） | |
| （一）完整病历材料原件或有效复印件 | 1 份 |
| （二）材料真实性书面承诺 | 1 份 |

县（市、区）人社局受理初审意见：

初审人：
（单位盖章）
年 月 日

市劳动能力鉴定委员会受理审核意见：

审核人：
年 月 日

因病（非因工）丧失劳动能力鉴定申请表

职工信息	职工姓名:	
	证件类型: <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 身份证件号码:	
	疾病名称 (应与《出院证明》及《病案记录》记载名称相一致, 以最严重病情填写):	
	本人或亲属联系电话 (必填一项):	(代理人):
	邮寄地址:	
收 件 人:		收件人联系电话:
用人单位信息	用人单位名称: 统一社会信用代码:	
	用人单位联系人: 联系电话:	
	邮寄地址:	
	收 件 人: 收件人联系电话:	
申报事项确认栏	申请鉴定类型选择 (请在□内打√单项选择)	
	一、初次鉴定	二、复查鉴定
	<input type="checkbox"/> 1. 因病 (非因工) 丧失劳动能力程度	<input type="checkbox"/> 1. 因病 (非因工) 丧失劳动能力程度
	<input type="checkbox"/> 2. 其他	<input type="checkbox"/> 2. 其他
	申请主体 (请在□内打√单项选择)	
<input type="checkbox"/> 1. 用人单位 <input type="checkbox"/> 2. 职工或者其近亲属 <input type="checkbox"/> 3. 社会保险经办机构		
申请人签名或者盖章:		申请单位盖章:
年 月 日		年 月 日
承诺事项	<p style="text-align: center;">*本人 (本单位) 郑重承诺: 已准确、完整地填写职工和用人单位有关信息, 所提供的诊断证明和相关病历材料均真实、有效, 若有造假, 自愿承担一切法律责任及后果。</p> <p style="text-align: right;">承诺人 (承诺单位):</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	

因病（非因工）丧失劳动能力鉴定（结论）表

姓名:	
病情介绍:	
医生签名:	(医院盖章)
	年 月 日
鉴定依据:	
《职工非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定标准(试行)》(劳社部发[2002]8号)之_____条。	
专家组意见 (请在相关的方框内打√):	
a) 完全丧失劳动能力	<input type="checkbox"/>
b) 大部分丧失劳动能力	<input type="checkbox"/>
c) 未达大部分丧失劳动能力	<input type="checkbox"/>
丧失劳动能力程度 经鉴定符合_____丧失劳动能力的条件。	
鉴定专家签名及意见:	
专家 1:	专家 2: 专家 3:
专家 4:	专家 5: 年 月 日
劳动能力鉴定委员会结论:	
经审定, 符合: _____丧失劳动能力的条件。	
审核人签名 (印章):	
年 月 日	

(注: 本页劳动能力鉴定委员会留存)